UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 41

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mars 1912

PAR

Etienne-Jean-Raphaël BRICAUD

Né à Saffré (Loire-Inférieure), le 23 octobre 1882

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur — RICHE, Agrégé — MASSABUAU, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 41

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Mars 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Etienne-Jean-Raphaël BRICAUD

Né à Saffré (Loire-Inférieure), le 23 octobre 1882

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur RICHE, Agrégé MASSABUAU, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HÉDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VÉDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VÉDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *Président.*	MM. RICHE, *Agrégé.*
ESTOR, *Professeur.*	MASSABUAU, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA FEMME

A MA MARRAINE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

R. BRICAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSABUAU

A MES ANCIENS PROFESSEURS ET MAITRES

R. BRICAUD.

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, au moment de présenter à nos juges ce modeste travail, nous sommes heureux d'apporter ici nos remerciements sincères à ceux dont les sages leçons ont guidé nos études médicales.

Nous remercions particulièrement MM. les Chirurgiens des hôpitaux de Nantes dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève pendant les deux premières années de nos études.

Que MM. Albert Malherbe, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Poisson, Vignard, Gilbert Sourdille, Guilbaud, Rivet et Gourdet, soient assurés de notre gratitude et de notre reconnaissance pour la grande bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée, ainsi que pour l'enseignement savant et dévoué qui guida nos premiers pas dans l'étude de la clinique.

Nos études se poursuivirent à Rennes où nous avons trouvé, à l'Ecole de médecine comme à l'Hôtel-Dieu, des professeurs et des maîtres du plus parfait dévouement et

des plus soucieux de l'instruction médicale de leurs élèves.

Pendant trois années consécutives, nous avons suivi avec assiduité les leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, et c'est sous la haute direction de MM. les professeurs Dayot et Le Moniet, Follet et Millardet, que nous avons continué nos études médicales.

Nous devons un hommage tout spécial à M. le professeur Le Moniet, chirurgien des hôpitaux de Rennes, pour l'amabilité et la bienveillance qu'il nous a continuellement témoignées. Notre plus grand regret a été de ne pouvoir profiter que malheureusement très peu de temps de ses savantes leçons, et c'est aujourd'hui pour nous une grande joie que le souvenir de l'année passée directement sous ses ordres. Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

Notre reconnaissance est également acquise à MM. les professeurs Bodin, Véron et Assicot. Nous leur adressons nos remerciements pour l'enseignement précieux dont il nous a été donné de profiter aux leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité de Rennes.

A Montpellier, l'hôpital Suburbain fut le but de notre sortie matutinale et c'est sous le haut enseignement de ses grands-maîtres que nous avons achevé nos études médicales.

Nous prions M. le professeur Forgue de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que MM. les professeurs Estor et Riche reçoivent l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'ils nous font également en faisant partie du jury de notre thèse.

Que M. le professeur Massabuau soit assuré de notre vive et respectueuse sympathie pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui. Nous lui adressons nos sincères remerciements et le prions de croire à notre reconnaissance et à notre meilleur souvenir.

Nous tenons à remercier également M. le docteur Etienne, chef de clinique chirurgicale infantile, qui nous a très aimablement communiqué une très intéressante observation de ce travail.

Avant de quitter la plus vieille Faculté de médecine de France, nous exprimons à tous nos Maîtres notre profond respect et notre reconnaissance pour le précieux enseignement médical qu'ils nous ont donné.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DE L'ÉPIDIDYME

HISTORIQUE

En 1844, Velpeau prétend avoir constaté, quelques années auparavant, la présence de spermatozoïdes dans une tumeur des bourses ; mais, en se reportant au travail de Letellier, qui fait mention de ce fait, on voit qu'il s'agissait d'une orchite traitée par des ponctions multiples, de sorte que les voies spermatiques avaient été ouvertes par la lancette et l'on avait retrouvé les animalcules dans les gouttes de sang échappées des mouchetures. Du reste, Velpeau se demande lui-même si les éléments en suspension « ne sont pas des monades ou autres corpuscules des liquides animaux ».

Liston, le 23 mai 1843, signale les kystes spermatiques, dont il avait recueilli deux observations.

Lloyd, 21 jours plus tard, le 13 juin, en publie un fait.

James Paget, en 1844, disséqua une pièce où, parmi

plusieurs kystes, il en trouva un dont le liquide blanchâtre était rempli de spermatozoïdes.

Gosselin, en 1848, décrit les grands et les petits kystes.

En 1856, la thèse de Marcé résume les travaux antérieurs.

En 1857, Verneuil et Broca apportent des constatations anatomiques nouvelles sur la question.

Sédillot, en 1859, fit une communication à l'Académie des sciences, sur « l'hydrocèle spermatique ». On confond encore les kystes spermatiques avec les hydrocèles chyleuses, et la communication de Sédillot soulève une discussion où Vidal de Cassis et Grassi doivent se défendre d'avoir pris des spermatozoïdes pour des globules de graisse.

Depuis, il n'y a guère à signaler que le travail de Kocher et une thèse de Bardot qui vulgarise les opinions de Vautrin (de Nancy).

DÉFINITION

On entend par kystes de l'épididyme, des petites tumeurs kystiques, c'est-à-dire à contenu liquide, pouvant siéger soit au-dessus de l'épididyme, soit au-dessous.

Ces tumeurs ont un volume qui peut varier de la grosseur d'un petit pois à celle d'une orange et davantage.

Par leur volume on distingue ainsi plusieurs variétés de kystes de l'épididyme :

Les petits kystes, qu'on peut encore appeler kystes lenticulaires, leurs dimensions étant à peu près celle d'une lentille ;

Et les grands kystes, pouvant atteindre le volume du poing.

Ils se subdivisent eux-mêmes suivant leur contenu en kystes spermatiques et kystes séreux.

Les kystes spermatiques sont des tumeurs des bourses renfermant un liquide opalin où nagent des spermatozoïdes.

Les kystes séreux renferment une sérosité généralement dépourvue de spermatozoïdes.

Ils siègent soit sur l'épididyme, soit sur le cordon.

PATHOGÉNIE

I. — Kystes lenticulaires

Pour Gosselin, ces kystes se développent sous la séreuse qui prendrait, vers 50 ou 60 ans, une sorte d'activité formative ; plus tard, il s'est rattaché à la théorie wolffienne et les kystes seraient dus à la dilatation des canalicules, débris épars du corps de Wolff. Outre le vas aberrans de Haller, outre l'hydatide sessile, le corps de Wolff laisse encore dans l'épididyme quelques canalicules isolés et reconnaissables au microscope. Follin les a rencontrés près de la tête de l'épididyme ; ils ont pour analogue le corps de Giraldès, petit amas situé sous la séreuse, vers le bord supérieur et interne de l'épididyme, au point où le cordon se dégage de la glande.

Verneuil et Follin, Broca, Giraldès, Gosselin ont considéré ces débris comme le point de départ des petits kystes.

Pour Monod et Arthaud, les petits kystes ne sont pas indépendants du tissu épididymaire : la tumeur se développe aux dépens du canal. En examinant au microscope

la membrane limitante du kyste, on y trouve du tissu propre de l'épididyme altéré, puis une couche de tissu conjonctif dense ou paroi propre du kyste.

Ces constatations expliquent la dureté, la condensation de l'épididyme, la multiplicité des kystes qui forment un semis à la surface de l'organe, leur apparition chez les vieillards à l'époque où commencent les dégénérescences séniles, leur existence au milieu d'un tissu sclérosé.

Pour Gosselin, les kystes sclérosiques sont toujours lenticulaires, et, pour Kocher, ils peuvent grandir et ne sont qu'un premier degré de grands kystes séreux ou spermatiques.

Poirier divise ces kystes en 2 variétés : les kystes de régression d'Arthaud et Monod, placés sur la face convexe de la tête de l'épididyme, puis les kystes séreux qui siègent dans la séreuse et le tissu sous-séreux et abondent aux points de soudure de l'épididyme avec le testicule. Ils sont tapissés par un épithélium à cellules pavimenteuses. D'après Poirier, ces kystes peuvent grandir et seraient l'origine des kystes spermatiques.

ETUDE MACROSCOPIQUE DES KYSTES LENTICULAIRES

Ce sont de petites collections qui, à la surface de l'épididyme, soulèvent le feuillet de la vaginale ; elles sont étalées, arrondies et comme comprimées entre le tissu glandulaire et la séreuse. Lorsqu'on les pique, le liquide est projeté avec force, la cavité se vide et dessine une cavité peu profonde.

Parfois la saillie, plus marquée, est hémisphérique comme la moitié d'un pois ; parfois elle se pédiculise et reste appendue comme un grain de groseille.

Son volume est médiocre, comparable à celui d'une lentille en général. On en rencontre 2, 3, 4 et même plus, d'ordinaire sur la surface convexe de la tête, mais aussi sur le corps, sur la queue et en plein tissu glandulaire.

Ces kystes intraparenchymateux sont rares, mais ils existent. Ils sont remplis par un liquide transparent, contenant peu de sels et de matière organique. D'autres fois, ils sont troubles, blanchâtres, nacrés, opalins. Cet aspect laiteux est dû à des éléments épithéliaux en régression. Le contenu peut encore être épais, comme crayeux, et il est inexact de dire qu'il n'y a jamais de spermatozoïdes dans ces kystes lenticulaires. Dolbeau, Kocher, Duplay et Reclus ont trouvé des cavités du volume d'un pois où fourmillaient les animalcules. Lewin en a rencontré 8 fois sur 100 testicules.

La structure de ces kystes lenticulaires est bien connue depuis les travaux de Monod et Arthaud. Ils n'ont pas d'histoire clinique : lorsqu'ils sont gros comme une lentille, le doigt ne peut les percevoir à travers les enveloppes des bourses ; lorsqu'ils sont comme un pois, ils donnent au tissu une résistance noueuse.

Exceptionnels chez les enfants, bien que Verneuil en ait trouvé, ils sont rares chez les adultes, et deviennent plus fréquents chez les vieillards ; après 60 ans ils se rencontrent une fois sur 2 ou 3.

Leur tension peut être grande et occasionner leur rupture.

II. — Les grands kystes spermatiques

On peut réduire à six, les théories invoquées pour expliquer le développement des grands kystes spermatiques.

1. Velpeau, Lloyd, Childes considèrent le kyste de l'épididyme comme une hydrocèle dans lequel s'ouvre un cône efférent qui y verse les spermatozoïdes.

Cette opinion ne peut être soutenue et les discussions de Paget, celles de Gosselin, en ont depuis longtemps fait justice.

2. James Paget considère les tubes séminifères comme capables par simple voisinage de communiquer aux kystes de l'épididyme le pouvoir de sécréter des spermatozoïdes.

3. Gosselin incrimine la rupture traumatique d'un cône avec épanchement de liquide, inflammation et formation d'adhérences.

Cette théorie a le mérite de tenir compte d'une notion retrouvée dans nombre d'observations : l'apparition du kyste précédé par une violence. On relève cette violence antérieure dans un tiers des cas. Gosselin, Marcé, Delattre, Duplay, Bricard citent des cas où des traumatismes génitaux ont occasionné des kystes de l'épididyme. Mais les faits sont plus nombreux où la tumeur est apparue sans traumatisme.

4. Curling et Broca considèrent les kystes comme le résultat d'une dilatation d'un débris du corps de Wolff (canalicule de Follin, vaisseau aberrant de Haller,

hydatide sessile de Morgagni, corps de Giraldès) en relation avec un tube épididymaire.

Cette pathogénie explique le développement de la tumeur à la suite d'une violence, l'absence de zoospermes dans les petits kystes peu exposés aux contusions, et, dans les grands, leur apparition après une première ponction qui avait permis de constater l'absence d'animalcules.

5. Verneuil et Liston expliquent la formation de la cavité kystique par la dilatation du conduit épididymaire. Cette hypothèse s'appuie sur l'existence de renflements latéraux, sortes d'anévrysmes sacciformes, cœcums, appendices en doigt de gant qui ont été injectés au niveau des cônes par Sappey et Dolbeau et que Reclus a retrouvés au niveau de la queue de l'épididyme.

6. Vautrin (de Nancy) invoque, comme jadis Broca, l'origine wolffienne, mais non plus les tubes épars de Follin ou le corps de Giraldès. Vautrin fait intervenir des vaisseaux aberrants, des diverticules dont le vas de Haller et le vas du rete demeurent les types les plus complets. Ce serait aux dépens de ces canaux borgnes que, d'après Vautrin, se développeraient les kystes spermatiques. Il est d'autres diverticules, inconstants d'ailleurs, et qui s'échelonnent non plus sur l'épididyme, mais sur le canal déférent jusqu'à l'orifice du trajet inguinal. La situation de ces diverticules explique très bien l'accès des animalcules dans la cavité kystique. Avec la plupart des théories, une déchirure de la paroi de la tumeur et des canaux du sperme est nécessaire pour permettre la confluence.

Avec l'hypothèse des diverticules, la communication

persiste entre les voies d'évacuation et la poche kystique.

Avec l'hypothèse de Vautrin on peut expliquer ainsi la formation des kystes épididymaires : un des canaux borgnes qui existent parfois le long du cordon et dont la cavité communique avec les voies d'excrétion, se dilate et donne naissance au kyste spermatique. La structure de la paroi kystique vient du reste étayer cette conception.

Baraban a constaté, sur une tumeur kystique extirpée par Vautrin, un épithélium cilié, une couche de fibres lisses, une zone de tissu conjonctif, tous éléments qui rappellent le canal épididymaire et ses canaux borgnes.

Cette hypothèse paraît la moins invraisemblable et semble plus acceptable que la théorie de Liston.

III. — Kystes séreux

Les kystes séreux siègent sur l'épididyme et sur le cordon.

Leur pathogénie est un peu différente.

a) *Les grands kystes séreux de l'épididyme* dérivent peut-être des petits, non pas de ceux qui siègent sur la face convexe de l'organe, mais au niveau du point où la séreuse se réfléchit pour former le cul-de-sac sous-épididymaire.

Pour Poirier, les petits kystes de cette région seraient dus à un enclavement de la séreuse ; les espaces libres circonscrits par la coalescence incomplète des deux feuil-

lets pourraient donner naissance à des cavités volumineuses.

Hochenegg en faisait une ectasie des lymphatiques, hypothèse peu vraisemblable.

L'existence de ces kystes sous-épididymaires est admise sans conteste depuis longtemps. Broca a publié une observation qui se réclame de cette origne sous-épididymaire : « La tumeur avait le volume d'un œuf et refoulait le testicule en bas et l'épididyme en haut ; elle présentait cinq ou six bosselures dues à la distension des parois ; elle était cloisonnée par un diaphragme ouvert en un point ; le liquide citrin ne contenait pas de spermatozoïdes. »

Denucé donne un fait analogue : « Le kyste adhère à l'albuginée et à l'épididyme, il est gros comme une noix, bosselé, et contient un liquide visqueux, sans animalcules, avec des globules rouges et des cristaux de cholestérine. Les parois sont épaisses, la cavité est cloisonnée par des travées fibreuses qui limitent les poches communiquant entre elles, sauf deux plus petites et parfaitement closes. La vaginale intermédiaire à l'épididyme et au testicule rappelle les parois de ce kyste. »

L'enclavement de la séreuse, la dilatation des cryptes du cul-de-sac vaginal expliquent le développement de la plupart de ces kystes séreux.

b) *Les kystes du cordon* peuvent avoir pour origine les débris wolffiens échelonnés le long du canal déférent. Mais la plupart des auteurs les considèrent comme le vestige du canal péritonéo-vaginal incomplètement oblitéré.

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes de l'épididyme passent souvent inaperçus. L'absence de douleur ou de gêne est telle que des kystes ont été montrés avec orgueil comme un troisième testicule. C'est à l'occasion d'un traumatisme des bourses qu'on les découvre généralement. On incrimine le traumatisme alors que celui-ci n'a souvent fait que révéler une tumeur déjà existante.

Le traumatisme d'ailleurs peut augmenter le volume d'un kyste déjà formé, soit qu'un cône ouvert dans la poche y verse son contenu, soit que l'irritation exagère la sécrétion de la sérosité.

Le kyste peut être gros comme un pois, comme une noisette et ne pas déformer les bourses ; si la tumeur est plus volumineuse et qu'elle atteigne par exemple les dimensions d'un œuf, le scrotum est alors soulevé et l'épididyme commence à disparaître, appliqué contre la tumeur sur laquelle il s'aplatit ; on reconnaît le testicule à sa forme et à la douleur spéciale que sa pression fait éprouver. Dans des cas plus rares on a vu le kyste remonter jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. En géné-

ral la poche kystique contient de 90 à 300 grammes de liquide.

On a cité des cas dans lesquels on a trouvé 1000 et 1300 grammes de liquide.

D'ordinaire la surface du kyste est lisse, mais les bosselures ne sont cependant pas rares, soit que le kyste unique présente des diverticules, soit que plusieurs kystes s'accolent l'un à l'autre. Paget, Curling, Coulon citent des cas où il y avait trois poches juxtaposées.

La transparence est de règle. Cependant des parois trop épaisses ou des liquides trop chargés de particules solides peuvent la diminuer ou la supprimer.

Des observations parlent de transparence douteuse et même citent des cas où la poche épaisse ou pleine de sang était opaque.

La fluctuation est nette. Les kystes sont indolores. Les malades ne se plaignent que de gêne, de tiraillements, de pesanteur dans la région inguinale et dans les lombes.

Le kyste peut s'enflammer et le liquide renferme alors de l'albumine, de la fibrine, et une certaine quantité de globules blancs. Une hématocèle peut alors être la conséquence de cette inflammation. Curling en signale deux cas. Guyon en rapporte trois et Larrey un.

DIAGNOSTIC

Ces symptômes (développement insidieux, accroissement subit à l'occasion d'une violence, volume variable, surface lisse ou quelquefois bosselée, fluctuation, transparence, indolence) peuvent se rapporter à une hydrocèle vaginale aussi bien qu'à un kyste, et deux signes seulement dirigeront le chirurgien dans son diagnostic : la position du testicule et la ponction exploratrice, qui met sous les yeux le liquide dont la coloration révèle la présence ou l'absence de spermatozoïdes.

Dans les observations recueillies de 1843 à 1850, on ne trouve pas notée la ponction du testicule ; aussi la confusion entre l'hydrocèle et le kyste est-elle de règle.

On ponctionne, et l'issue d'un liquide savonneux vient surprendre le chirurgien. Velpeau donne comme signe « pathognomonique » la possibilité de sentir le testicule distinct de la tumeur. Dans une tumeur transparente des bourses, il faut toujours chercher la situation du testicule. Lorsque le kyste est petit, rien n'est plus facile que de déterminer ses rapports avec la glande placée en avant et en bas, sauf les cas d'inversion. Dans un cas

semblable, Chassaignac a vu le kyste coiffer le testicule comme un cimier.

Lorsque la poche s'est distendue, le testicule disparaît sous le kyste débordant. C'est en général en bas, en avant et en bas, en bas et un peu en arrière, qu'une pression révèle l'existence de la glande isolée dans sa vaginale ; son indépendance est telle que, selon la comparaison classique, le gros kyste en haut et le petit testicule en bas rappellent une brioche renversée.

Dans quelques observations, le testicule est en arrière comme dans les hydrocèles vaginales. Gosselin a vu la tumeur chasser devant elle la tunique vaginale refoulée en bas, de telle sorte que le kyste enveloppait le testicule et prenait la place de la séreuse appliquée contre le testicule. Broca cite un fait plus complexe : il y avait à la fois hydrocèle vaginale et kyste spermatique adossés ; le testicule se trouvait en arrière comme dans les hydrocèles simples.

Dans certaines hydrocèles, le testicule, comme dans le kyste spermatique, peut être en bas, en bas et en avant.

La position du testicule est donc trompeuse et le signe vraiment pathognomonique est l'examen du liquide, transparent, avec une légère teinte opaline ou savonneuse, suivant la quantité de spermatozoïdes et de flocons albumineux en suspension. Sur ce seul aspect, on pourrait confondre les kystes spermatiques avec les hydrocèles chyleuses. Aussi faut-il chercher au microscope la présence des spermatozoïdes.

Les analyses du liquide ont été faites : « Il s'y trouve une quantité notable de chlorure de sodium, sel dont le sperme ne contient que des traces infinitésimales. De plus, les phosphates feraient défaut, tandis que le sperme contient une quantité considérable de phosphates de

magnésie. La densité en est de 1008 à 1009 et la réaction faiblement alcaline. »

D'après de Biran, quelques auteurs ont noté l'albumine qui parfois se rencontre dans le kyste en proportion considérable. On a invoqué alors une irritation des parois, mais « on a pu voir que, malgré tout signe inflammatoire, le liquide s'est coagulé en masse par l'addition de l'acide azotique et par l'action de la chaleur ».

A ses débuts, lorsque le kyste n'a que le volume d'un haricot, la consistance paraît en être ligneuse, la transparence, la fluctuation ne sont pas encore perçues et l'on confondrait la tumeur liquide avec une tumeur solide, épididymite secondaire de Dron, foyer tuberculeux ou noyaux fibreux, vestige d'une inflammation propagée.

Un examen, même superficiel, évitera de pareilles erreurs; l'épididyme de Dron est rarement une manifestation isolée de la syphilis, et l'on trouvera en d'autres points des signes non équivoques de syphilis; d'ailleurs une ponction pourrait à la fois établir le diagnostic et tarir le kyste séreux.

Les noyaux déposés par la tuberculose sont durs, irréguliers, bosselés, moins circonscrits ; ils s'accompagnent souvent d'altération du cordon et de la prostate. La gangue scléreuse que laisse après elle l'épididymite uréthrale se rencontre surtout, sinon toujours, à la queue de l'organe où elle décrit une sorte d'anse.

TRAITEMENT

Les kystes de l'épididyme ne gênent que par leur volume ; leur retentissement sur la spermatogénèse paraît nul, et dans nombre d'observations on mentionne l'intégrité des fonctions génitales. La thérapeutique est la même que celle de l'hydrocèle et pour guérir les kystes on a recours aux mêmes méthodes :

Les injections irritantes et l'incision antiseptique.

De plus, on a recours à l'*extirpation*, la meilleure de toutes les méthodes, et à laquelle on a actuellement systématiquement recours.

Il faut inciser les tissus jusqu'à la poche, disséquer fin, et la tumeur, facilement décollée, tombe pour ainsi dire dans la main de l'opérateur.

OBSERVATIONS

Observation I

(Prise dans le service de M. le professeur Forgue, due à l'obligeance de MM. Jourdan et Etienne, ex-internes des hôpitaux de Montpellier, publiée *in Montpellier Médical,* 27 août 1911, n° 35, p. 209.)

Grand kyste de l'épididyme

B... C..., âgé de 20 ans, entre le 18 janvier 1911, dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 1, pour tumeur située dans la bourse droite et dont le début remonte à l'âge de 13 ans.

Rien à noter dans ses antécédents.

Le malade nous raconte que, quatre à cinq mois après l'apparition des premières éjaculations, il a constaté que la bourse droite était un peu plus volumineuse que la bourse gauche. Cette augmentation de volume était due à une petite tumeur lisse, régulière, indolore, située au-dessus du testicule.

Cette tumeur a augmenté graduellement de volume, sans déterminer le moindre trouble fonctionnel, et,

lorsque le malade est entré à l'hôpital, on constatait les symptômes suivants, tous physiques du reste :

La bourse droite, plus volumineuse que la bourse gauche, descend plus bas que cette dernière.

La peau ne présente pas de changement. Elle est normale comme coloration et comme aspect.

Si on palpe, on trouve, au-dessus du testicule facilement reconnaissable, une tumeur piriforme, à grosse extrémité antérieure, surplombant le testicule, à petite extrémité postérieure.

Cette tumeur est lisse, régulière, rénitente, indolore à la pression et de consistance égale en tous points. La peau glisse sur elle sans difficulté. Pas de communication apparente avec la cavité péritonéale ou la partie supérieure du canal inguinal. Les changements de position du sujet ne modifient ni ses rapports, ni sa tension, ni son volume. Le canal inguinal a son orifice externe fermé. On pense soit à un kyste du cordon, soit à un kyste de l'épididyme, et cela d'autant plus que la palpation, même attentive et répétée, ne permet pas de sentir cet organe.

Le 26 janvier 1911, intervention sous l'anesthésie locale. La paroi des bourses incisée, on constate que la tumeur libre de toute adhérence en haut, en avant, en arrière, sur les côtés et au niveau de la partie antérieure de sa face inférieure, est facilement énucléable. Elle coiffe le testicule auquel elle adhère par une zone assez étendue. La vaginale est normale, se replie sur la tumeur et présente un léger degré d'hydrocèle. Pas d'adhérences inflammatoires. Dissection de la tumeur aux ciseaux pour la séparer du testicule en allant d'avant en arrière. Section du pédicule qui rappelle, par son aspect extérieur et sa coupe, le canal spermatique. Pas trace d'épi-

didyme. Le testicule est remis en place. Suture; pansement.

On a dû pincer le pédicule et sectionner au delà, sinon le contenu du kyste se serait évacué, du moins en partie. Pour éviter tout traumatisme inutile, le cordon n'est pas examiné plus haut.

La pièce enlevée a la forme d'une poire ou mieux d'une vésicule biliaire dilatée. Sa surface externe est lisse, régulière sauf au niveau de la zone d'adhérence. Nous verrons plus loin la surface interne. La paroi est mince et parcourue par un fin lacis vasculaire. Au niveau de la face inférieure, zone d'adhérence ovalaire. Le liquide contenu dans cette poche unique est un liquide clair, filant, et dans lequel l'examen microscopique, après coloration, révèle la présence de nombreux spermatozoïdes.

Les coupes que nous avons faites présentent deux parties à étudier :

1° La paroi de la cavité kystique;

2° Une petite masse graisseuse en apparence, faisant corps avec la paroi et enlevée avec elle au cours de la dissection.

La paroi du kyste vue par sa face interne n'est pas absolument libre ; elle envoie dans la cavité des prolongements comparables, en gros, à des franges synoviales. Ces prolongements, dont certains atteignent un demi-millimètre, présentent quelques détails intéressants que nous examinerons avec les autres éléments histologiques.

Cette paroi comprend deux couches :

a) Une couche interne, épithéliale, formée par un épithélium cubique pluristratifié;

b) Une couche externe beaucoup plus épaisse, formée par du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses.

Cette couche est très vasculaire, et un grand nombre de

ces vaisseaux ont les parois épaissies, ce qui indique que l'on a affaire à une formation ancienne.

Les prolongements internes que nous avons signalés ont un axe vasculo-connectif et un revêtement épithélial, dont les éléments prolifèrent d'une façon très active. La petite masse graisseuse est formée par du tissu conjonctif au sein duquel sont de nombreux tubes épithéliaux. Ces tubes se présentent sous deux aspects différents :

a) Les uns sont réguliers, formés par deux couches : une couche interne constituée par un épithélium cylindrique cilié unistratifié, une couche externe très mince et musculo-conjonctive.

b) Les autres, en voie de dégénérescence granulo-graisseuse très avancée, à tel point que certains d'entre eux sont complètement oblitérés et n'offrent plus trace d'épithélium cylindrique cilié.

Tous ces tubes paraissent faire partie d'un seul et même tube, plusieurs fois replié sur lui-même et que le rasoir a intéressé en maints endroits. Signalons enfin la présence de nombreux vaisseaux.

En résumé, il y a quatre points importants à signaler :

1° L'absence d'épididyme (en apparence du moins), l'étude histologique montrant la persistance de quelques tubes dont la structure est comparable à celle des tubes épididymaires ;

2° La date d'apparition du kyste : quelques mois après les premières éjaculations ;

3° La structure de la paroi ;

4° La présence de ces tubes atteints de dégénérescence granulo-graisseuse, tout comme si, n'ayant plus de fonction à remplir, ils n'avaient plus qu'à disparaître.

Observation II

(Dr Leroy, ancien chef de clinique chirurgicale de l'Université de Lille. — *Echo médical du Nord,* 1910, t. XIV, p. 153 à 159. — Observation recueillie par M. J. Leclercq, interne).

Kyste spermatique

H... J..., 59 ans, cultivateur, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Dubar, le 17 février 1909, pour une volumineuse tumeur des bourses.

Ce malade, sans antécédents pathologiques d'aucune sorte, a toujours été bien portant jusqu'en ces dernières années où il a commencé à présenter des troubles vésicaux.

Antérieurement, il y a 7 ans environ, il s'aperçut qu'il portait dans les bourses, du côté droit, une tumeur du volume d'une noisette qui grossit peu à peu sans provoquer de douleur, mais déterminant une sensation de pesanteur très gênante.

En l'examinant, on constate dans la région scrotale droite la présence d'une tumeur du volume du poing, ovoïde, indolore, qui distend la peau des bourses sans y adhérer. Tendue et rénitente, à grosse extrémité inférieure, à contours lisses et réguliers, cette tumeur, évidemment kystique, est irréductible dans l'abdomen. Il n'existe pas, à sa partie supérieure, de pédicule s'engageant dans l'orifice externe du canal inguinal.

Au pôle inférieur de la tumeur et un peu en arrière, on perçoit une petite masse ovoïde, dure, sensible à la pression, formée par le testicule qui paraît absolument indépendant de la tumeur principale, laquelle est transparente à la lumière.

Malgré ce dernier caractère et eu égard au siège du kyste et à l'isolement très net du testicule, on songea à la possibilité d'un kyste de l'épididyme.

En outre, le malade était atteint d'hypertrophie de la prostate que le toucher rectal avait montrée volumineuse, dure, lisse et régulière.

Depuis de longs mois, il avait de la fréquence nocturne des mictions, de la difficulté à émettre le premier jet, de la diminution de la force de projection. Lors de son entrée dans le service, il éprouvait des douleurs vésicales assez vagues, des mictions fréquentes nocturnes et diurnes peu abondantes. Les urines étaient troubles et, par le repos, donnaient un dépôt purulent et visqueux.

La santé générale était profondément altérée, les fonctions digestives étaient défectueuses, le malade avait beaucoup maigri.

On ne pouvait songer qu'à une intervention simple et on pratiqua la ponction du kyste suivie d'une injection iodée.

Le trocart donna issue à environ 500 grammes d'un liquide blanchâtre, lactescent et mousseux, qui fut examiné aussitôt. Outre divers éléments cellulaires, le microscope permit d'y découvrir une quantité considérable de spermatozoïdes dont quelques-uns présentaient une extrême mobilité.

Le malade ayant succombé quelques jours après à des accidents pulmonaires, on put vérifier qu'il s'agissait bien d'un kyste para-épididymaire. Ce kyste volumineux

recouvrait toute la face interne de l'épididyme et du testicule. La vaginale était distendue par un peu de liquide fibrineux d'origine inflammatoire, dû vraisemblablement à la réaction de voisinage provoquée par l'injection iodée. Le cul-de-sac sous-épididymaire n'était pas distendu et l'épididyme non modifié reposait normalement sur le testicule.

La présence de zoospermes très vivaces dans le liquide recueilli indiquait une pénétration récente et nous avons eu la curiosité de rechercher s'il ne nous serait pas possible de découvrir l'orifice de communication avec les voies spermatiques.

Nous n'avons rien trouvé au niveau de l'épididyme. Mais, après avoir écarté les canalicules séminifères, nous avons rencontré à la surface de l'albuginée du testicule, du côté interne et non loin de l'insertion de la tête de l'épididyme, un orifice organisé par lequel un stylet très fin pénétrait dans l'intérieur du kyste. Dans cette région le kyste se rétrécissait et semblait se perdre entre la tête de l'épididyme et le testicule.

Observation III

(Dr Raymond Bonneau, ancien interne des hôpitaux de Paris.— *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1907.)

Kyste de l'épididyme survenant comme complication tardive d'une éversion pour hydrocèle vaginale.

Un homme d'une quarantaine d'années, jouissant d'une bonne santé générale, quoique sujet à des crises ner-

veuses, est opéré en mars 1907 pour une hydrocèle vaginale banale de volume moyen, siégeant du côté droit. On pratique une éversion typique à la cocaïne.

Les suites opératoires sont parfaites. Les fils sont enlevés le sixième jour. Au dixième jour, le malade reprend son travail : la cicatrisation du scrotum est à peine visible, l'inflammation séreuse est complètement résorbée ; on sent nettement sous les téguments le testicule surmonté d'un bourrelet d'empâtement qui représente la vaginale retournée, surmontée elle-même d'un cordon normal. Le malade est perdu de vue.

Cinq semaines après l'opération il revient nous trouver parce que, dit-il, peu à peu, depuis une huitaine, la grosseur est revenue. En effet, à première vue, le scrotum a repris son ancien volume. Un examen attentif donne les résultats suivants : le testicule est bien à sa place avec sa forme, sa sensibilité et sa mobilité normales ; au-dessus, se rencontre une tumeur arrondie, légèrement ovoïde de haut en bas, du volume d'une mandarine, de consistante tendue et rénitente, rappelant la consistance de l'hydrocèle primitive.

Cette tumeur, sur laquelle les téguments sont mobiles, se continue en haut avec un cordon absolument normal et est séparée en bas du testicule par un sillon très net. La translucidité recherchée au rat de cave et au stéthoscope est absolue. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide eau de roche, incolore, absolument différent du liquide ambré de l'hydrocèle.

L'extirpation est pratiquée séance tenante. A la cocaïne locale, incision oblique antérieure, entre les vaisseaux tégumentaires. Dissection et extirpation complète du kyste qui, en haut, se libère aisément du tissu cellulaire, en arrière se sépare bien des éléments du cordon, en

bas, par contre, adhère d'une façon très intime au bourrelet des parties molles qui représente la vaginale retournée par-dessus l'épididyme, bourrelet dans lequel il faut véritablement sculpter la partie inférieure du kyste.

Hémostase soigneuse, un petit drain de sûreté est laissé en place 24 heures. Guérison en quelques jours.

Observation IV

(Cornil. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris.* Séance du 7 juin 1907.)

Examen histologique d'un kyste de l'épididyme

Ce kyste très volumineux, à paroi assez épaisse, contenait un liquide un peu opalin, sans spermatozoïdes. Les coupes perpendiculaires aux deux faces de la paroi ont été faites en plusieurs points. Elles avaient de 1 millim. 1/2 à 3 millimètres. La surface interne de ce kyste ne possédait pas de revêtement épithélial. Elle était limitée par un tissu conjonctif lamellaire assez dense, pourvu de vaisseaux sanguins ; il en était de même de sa périphérie.

Dans les coupes comprenant les parties les plus épaisses de la paroi kystique, il y avait une quantité considérable de tubes allongés, coupés en long et alors parallèles les uns aux autres ou sectionnés en travers. Ces tubes minces, à la lumière plus ou moins nette, sont tapissés de cellules tout le long de leur paroi. Ils ne siègent que dans la partie centrale de la coupe. Parfois,

d'une cavité tapissée des mêmes cellules on voit partir deux tubes s'éloignant à angle aigu.

L'examen de ces tubes à un fort grossissement montre qu'ils ne possèdent pas de membrane propre ; ils sont uniquement limités par le tissu conjonctif voisin, bien que leur forme soit très régulière.

Sur une coupe longitudinale de ces tubes, leur surface interne présente une rangée de noyaux ovoïdes perpendiculaires à la paroi. Ces noyaux rappellent la forme des cellules de Sertoli. Cette ressemblance est complétée par ce fait que ces noyaux, au lieu d'être le centre d'un protoplasma homogène, sont entourés de filaments leur formant comme un syncitium. Lorsque les noyaux se présentent de face, ils sont ovoïdes, très réguliers, avec un nucléole brillant ; souvent ils se montrent de profil et on constate qu'ils sont minces, aplatis.

Le tissu conjonctif qui entoure ces tubes est constitué par des fibres minces, séparées par des cellules assez volumineuses de tissu conjonctif à noyaux allongés. Dans les cavités tubulaires dont la lumière est suffisamment grande, on trouve des leucocytes en petit nombre et des débris de nucléine.

A quoi faut-il rapporter ces tubes ?

Nous croyons qu'il s'agit de tubes testiculaires, en raison de la présence sur leur paroi de cellules de Sertoli et des filaments de syncitium ; mais ils manquent de la membrane propre épaisse des tubes séminifères ; il n'y a pas non plus de cellules interstitielles autour d'eux, dans le tissu cellulaire. Cependant, ce ne sont pas des vasa efferentia ; il n'y a pas de spermatozoïdes dans leur intérieur.

Dans d'autres kystes, précédemment examinés, la paroi de ces kystes présentait des tubes des vasa effe-

rentia avec leurs longues cellules cylindriques et un contenu spermatique. Ces tubes étaient très dilatés, à paroi très mince, rapprochés de la cavité kystique. La présence du sperme dans le kyste était évidemment due à leur rupture. Mais, dans le cas présent, rien de semblable ; ni le kyste, ni les tubes ne contenaient de spermatozoïdes.

Observation V

(Docteur Savariaud, chirurgien des hôpitaux. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris.* Séances des 23 février et 2 mars 1906.)

Volumineux kyste de l'épididyme

Le kyste que j'ai l'honneur de vous présenter a été enlevé à l'hôpital de Lariboisière, sur un individu âgé de 71 ans. Il s'était développé en quelques mois, au point d'acquérir le volume d'une belle orange ; il surmontait le testicule qu'on sentait très facilement au-dessous de lui, de sorte que le diagnostic était très simple. L'autre testicule était intact.

La tumeur fut enlevée sous chloroforme. Elle était recouverte en partie par la tunique vaginale qui contenait un peu de liquide. Le kyste fut d'abord séparé des enveloppes des bourses, puis du cordon auquel il n'adhérait que très faiblement par un tissu cellulaire lâche.

Lorsque cette dissection fut à peu près terminée, on vit que le kyste était pour ainsi dire appendu à la tête de l'épididyme. Ce dernier était étalé sur la tumeur et se

continuait avec elle au niveau de sa tête. Le corps et la queue de cet organe étaient au contraire tout à fait distincts. L'épididyme fut coupé par le milieu de son corps et sa tête fut séparée du testicule auquel elle adhérait, ainsi que le kyste, par une surface large comme une pièce de cinq centimes. A ce moment on creva un certain nombre de kystes secondaires, développés en apparence, au niveau des cônes afférents. Le liquide qui s'écoula de ces kystes était incolore. Leur volume était celui d'une noisette et au-dessous ; il y avait donc à côté du kyste principal une agglomération de kystes plus petits, ce qui est assez la règle.

Sur la pièce on voit que le kyste est tapissé par la tunique vaginale dans l'étendue d'une pièce de 5 francs et au-dessus de la tête de l'épididyme.

Sur le vivant, il était situé entre le cordon en dedans, le testicule en bas et l'épididyme en dehors ; il faisait saillie dans le cul-de-sac sous-épididymaire de la vaginale.

La surface est parcourue par de nombreux vaisseaux qui renforcent sa paroi propre, mince et transparente, comme le filet protège et soutient la baudruche d'un ballon.

La minceur de sa paroi propre est telle qu'on aperçoit le contenu très nettement, et on voit que le liquide tient en suspension de nombreuses et fines particules.

On pense que ce kyste contient probablement des spermazoïdes et, pour s'en assurer, on se propose d'en faire pratiquer, ultérieurement, l'examen histologique.

Examen histologique par Cornil

Ce kyste, bien conservé, ovoïde, du volume d'un œuf de dinde, présente dans toute son étendue une paroi mince, sauf au niveau d'une plaque ayant, dans son épaisseur la plus grande, jusqu'à 3 et 4 millimètres. Cette plaque s'amincit progressivement à ses bords. En son milieu elle se continue avec un cordon libre qui ressemble à l'œil nu à l'épididyme.

Le liquide, tout à fait clair, aqueux, contenu dans le kyste, n'en montre pas moins une quantité de spermatozoïdes très bien conservés dans tous leurs caractères de l'état normal ; ils étaient vraisemblablement vivants et mobiles au moment où la pièce a été mise dans le formol.

Les coupes ont porté sur toute la plaque un peu épaissie de la paroi et sur l'épididyme.

1° Au bord de la plaque, là où elle était la plus mince, nous avons vu, au-dessous d'une couche fibreuse extérieure, des tubes coupés en travers ou obliquement, représentant les tubes des canaux efférents du testicule : ils étaient en effet tapissés d'une couche unique de cellules épithéliales cylindriques longues, souvent muqueuses, dépourvues de cils vibratiles. La lumière assez grande de ces tubes contenait du mucus et des spermatozoïdes tout à fait bien conservés, souvent agglomérés en amas.

La membrane interne du kyste est formée de filaments et de membranes conjonctives qui se séparent

facilement les unes des autres. et dont la plus interne, en rapport avec le liquide contenu dans le grand kyste, est tapissée d'une couche unique de cellules épithéliales aplaties ou cubiques.

2° Sur les coupes passant sur une partie plus épaisse de la même plaque, nous avons trouvé quelques tubes efférents très dilatés constituant des kystes visibles à l'œil nu et mesurant environ 1 millimètre de diamètre. Leur épithélium est cubique ou aplati. Les tubes efférents ayant tous un volume supérieur à la normale, tapissés de leurs cellules cylindriques, contiennent des spermatozoïdes souvent en amas. Près de la surface interne de la paroi on a des tubes allongés, très longs, aplatis par la compression qu'exerce le liquide contenu dans le grand kyste.

Ces tubes, aplatis et longs, présentent de petites papilles enfouies sous l'épithélium cylindrique, ce qui forme des élevures avec un mince filament central fibreux ou vascularisé.

La membrane externe et la membrane interne de la paroi sont constituées de la même façon que précédemment.

3° Les coupes pratiquées dans la partie centrale la plus épaisse de la plaque nous montrent les mêmes particularités que dans la série précédente.

4° L'épididyme qui faisait suite à cette plaque était tout à fait libre, sans adhérence au kyste.

Cet épididyme examiné sur des coupes transversales était complet avec ses couches fibreuses et musculaires périphériques, avec ses vaisseaux de divers calibre, artères et veines, et avec les sections de son tube. Ces sections tubulaires présentaient une couche périphérique épaisse de tissu conjonctif et de faisceaux musculaires

lisses, et, à leur surface interne, un revêtement de longues cellules cylindriques à cils vibratiles. Ils contiennent des spermatozoïdes.

Nous n'avons pu nous assurer du mode de formation du kyste spermatique, car sa cavité était de toute part formée par des membranes et des fibres conjonctives sans communication avec les tubes des canaux efférents ou de l'épididyme. Nous avons vu cependant plusieurs kystes développés aux dépens des canaux efférents, et il se pourrait qu'un de ces kystes fût peu à peu devenu considérable et qu'il ait formé le kyste principal.

Observation VI

(Paul Bouchet. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris.* Séance du 4 mars 1904.)

Grand kyste de l'épididyme

M. Paul Bouchet présente à la Société la paroi d'un grand kyste enlevé par M. le professeur Berger, à un malade d'une soixantaine d'années. Ce kyste remontait à une dizaine d'années. Comme début, le porteur n'avait pas de passé génital pathologique.

Il était gros comme une mandarine mais pas régulièrement arrondi : quelques faisceaux fibreux le lobulaient légèrement. La paroi est mince, faiblement transparente, laissant deviner un contenu clair ; le kyste était nettement implanté sur la tête de l'épididyme, presque pédiculé. Le contenu, très clair, liquide, ne contenait pas de

spermatozoïdes ; il flottait dans une seule grande loge.

L'examen histologique montra une paroi fibreuse recouverte en dehors par la séreuse vaginale avec son endothélium et en dedans des cellules cubiques par places, pavimenteuses presque partout, ce qui est dû à l'ancienneté du kyste.

Nulle part il n'y avait de cellules cylindriques ni de cils vibratiles.

Observation VII

(Rey et Warot. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 30 novembre 1904)

Dégénérescence polykystique bilatérale de l'épididyme et hydrocèle.

Le nommé P..., âgé de 45 ans, est admis le 27 octobre 1904, salle Sédillot, dans le service de M. le professeur Rey.

Il entre pour une assez volumineuse tumeur scrotale qui le gêne beaucoup dans sa marche.

L'interrogatoire du malade au sujet des antécédents héréditaires et personnels ne donne aucun renseignement utile.

Son père et sa mère vivent encore et sont en bonne santé. Le malade lui-même s'est toujours bien porté. A l'âge de 17 ans, il contracta une blennorragie, mais affirme n'avoir jamais eu de chancre.

Le malade, au moment de l'examen, présente un bon état général. A l'auscultation nous ne trouvons aucune

trace de tuberculose pulmonaire. Sur le corps aucune trace de syphilis. Pas d'adénopathies.

Le toucher rectal ne révèle rien du côté des vésicules séminales ni du côté de la prostate.

La tumeur scrotale est du volume d'une petite tête d'enfant, qui descend jusqu'à mi-cuisse.

La forme est régulière. En se développant elle a non seulement distendu la peau du scrotum, mais encore attiré en bas l'enveloppe pénienne et la peau de la paroi abdominale, de sorte que la verge disparaît presque dans la masse scrotale et que celle-ci présente, au niveau de son tiers supérieur, une ligne horizontale de séparation entre le scrotum très brun et la peau moins foncée de la paroi abdominale.

Les téguments sont très mobiles sur la masse sous-jacente ; il n'existe en aucun point de traces d'adhérences.

A la palpation on reconnaît deux tumeurs indolores, symétriques et de forme irrégulièrement ovale ; celle de droite est constituée par une poche kystique fluctuante, non réductible dans la cavité abdominale, transparente.

Au pôle inférieur est appendue une petite tumeur irrégulière, bosselée, de consistance assez dure ; tout à fait en bas, un point douloureux à la pression, probablement le testicule.

L'examen décèle ainsi plusieurs étages : au-dessous, le testicule indemne ; puis l'épididyme manifestement durci et bosselé ; plus haut une poche liquide volumineuse, et enfin à la partie toute supérieure, une hernie inguinale, oblique externe, atteignant presque le volume du poing.

Du côté gauche, la tumeur est un peu plus volumineuse, de forme nettement bosselée, irrégulière, fluctuante, très transparente. On sent le testicule assez gros, englobé dans la partie postéro-inférieure.

Ce malade entré le 27 octobre est choisi, le jour même, pour l'épreuve clinique du concours pour la place de chef de clinique chirurgicale.

En outre de hernie inguinale droite, le jury pose le diagnostic de kystes épididymaires, d'hydrocèle enkystée à droite et d'hydrocèle multiloculaire à gauche.

Le malade est opéré le 3 novembre.

Ethérisation. On commence par la cure radicale de la hernie (procédé Lucas-Championnière), puis immédiatement après on incise le scrotum du côté droit par sa face antérieure, sur une longueur de 8 centimètres. On découvre une poche d'hydrocèle enkystée dont l'ouverture laisse écouler 200 grammes environ d'un liquide citrin. Comme on l'avait constaté à la palpation, on trouve appendu au niveau du pôle inférieur, le testicule, de volume et d'aspect normaux. Au niveau de la tête et du corps de l'épididyme on constate la présence de trois petits kystes sus-épididymaires. Le premier contient un liquide blanchâtre, lactescent, opaque ; une incision dans le deuxième kyste amène un liquide séreux, transparent et jaunâtre. Quant au troisième, plus volumineux que les précédents, il contient un liquide semblable au premier. Ainsi qu'il est observé d'ordinaire en pareil cas, la tension dans chacune de ces petites poches, du volume d'une noisette environ, était telle que le liquide jaillit brusquement, la vidant presque en totalité.

Du côté gauche on met à nu une poche d'hydrocèle simple, renfermant 250 grammes de liquide environ, liquide citrin avec des cristaux de cholestérine. Dans l'intérieur de cette poche apparut le testicule, ou plutôt une masse assez volumineuse, bosselée, composée du testicule avec son épididyme, aux dépens duquel se sont développés deux kystes assez gros, à contenu liquide,

l'un à peine jaunâtre, l'autre légèrement trouble, se rapprochant du liquide des petits kystes à contenu blanchâtre du côté opposé.

L'examen microscopique, fait par M. le docteur Lemaire, a nettement démontré l'existence de spermatozoïdes et de cellules épithéliales dans les liquides troubles.

Dans les autres on n'a trouvé que des cellules épithéliales.

Le côté intéressant de cette observation est la multiplicité des manifestations observées, leur variété, qui rendaient pour ainsi dire impossible un diagnostic absolument complet.

Observation VIII

(L.-G. Richelot. — *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris.* Séance du 14 octobre 1903.)

Kyste de l'épididyme à pédicule tordu

Les kystes de l'ovaire ne sont pas seuls à tordre leur pédicule, la trompe a suivi leur exemple ; à leur tour les parovariens s'en mêlent ; nous avons vu l'utérus lui-même prendre son segment inférieur pour un pédicule et pivoter sur son axe, l'épiploon se rouler en corde et étrangler ses vaisseaux. Tous les pédicules se tordent et il s'ensuit des phénomènes de sphacèle et d'infection.

Les kystes de l'épididyme peuvent eux aussi tordre leur pédicule. En voici un exemple très net :

L'année dernière, au moment des vacances de Pâques, un garçon de 13 ans m'est amené à Saint-Louis par sa mère ; un confrère me l'adresse sous la rubrique « hernie inguinale droite » et me demande mon avis. Je trouve non pas une hernie mais un petit kyste arrondi, à paroi mince, très mobile, allant et venant sous la pression des doigts qui le repoussent dans le trajet inguinal et l'en font sortir à volonté.

Toute la région est parfaitement saine et je n'hésite pas à faire de cette petite tumeur un « kyste du cordon », c'est-à-dire un kyste ayant pour origine un défaut d'oblitération du conduit vagino-péritonéal. L'extrême mobilité, l'absence de connexion avec l'épididyme, m'empêchent de le rattacher aux voies spermatiques.

Je dus m'absenter pour huit jours : je dis à la mère de me ramener l'enfant à mon retour, ce qui fut fait ; mais alors la situation avait changé. On me présenta un petit malade ayant la moitié droite du scrotum volumineuse, rouge, tendue, douloureuse. De kyste il n'y avait plus trace, mais la masse inflammatoire avait tous les caractères de l'orchi-épididymite aiguë ou subaiguë de l'adulte. Aucune cause visible ne pouvait être invoquée, rien d'uréthral, nul traumatisme ; l'orchite me paraissait inexplicable, mais elle existait, et j'admis que si le kyste ne se retrouvait plus, c'est qu'il était englobé dans la masse.

Quel rapport établir entre la petite tumeur et le développement des phénomènes inflammatoires ? Je le cherchai vainement et je ne soupçonnai pas un instant le rôle qu'il y jouait ; mais enfin je cherchai, et cela me préserva d'une grosse erreur, car, si j'avais vu l'enfant ce jour-là pour la première fois, j'aurais pensé naturellement forcément à la tuberculose. La douleur était modé-

rée, la marche possible ; j'ordonnai l'enveloppement ouaté avec un suspensoir, et j'attendis pour mieux juger. Au bout d'une quinzaine de jours, nouveau changement : l'inflammation est tombée, le scrotum est dégonflé, l'épididyme est sain et distinct : sa tête est surmontée d'une petite tumeur adhérente, mobile, faisant corps avec lui et dépressible, sinon fluctuante. J'ai retrouvé mon kyste, mais il est désormais fixé à l'épididyme et ne s'en détache plus. Je comprends bien que des adhérences inflammatoires se soient formées, mais je continue à ne pas comprendre l'inflammation elle-même. Quoi qu'il en soit, l'orage est calmé et permet d'intervenir. Le 14 avril 1902, je découvre par une incision le petit kyste, au milieu de tissus légèrement infiltrés, je le détache de ses adhérences et je l'énuclée peu à peu. Sa paroi est épaisse, jaunâtre, molle et friable. Quand il est sorti de sa loge, je constate avec surprise qu'il est relié à la tête de l'épididyme par un mince pédicule trois fois tordu sur lui-même, et qui, déroulé, s'allonge au point d'expliquer parfaitement l'indépendance apparente et la mobilité que j'avais reconnues le premier jour.

Alors tout s'éclaircit : kyste de l'épididyme à long pédicule pris pour un kyste du cordon ; torsion du pédicule et phénomènes inflammatoires comparables à ceux que présentent dans les mêmes conditions les kystes de l'ovaire. Ablation, suture sans drainage et guérison rapide.

Observation IX

(Bender, interne des hôpitaux de Paris. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris.* Séance du 27 juillet 1900.)

Kyste volumineux para-épididymaire.

X..., 45 ans, entre à l'hôpital avec une tumeur des bourses du volume des deux poings.

Le malade raconte qu'il a été opéré 2 ans auparavant pour une hydrocèle du même côté. On lui fit une ponction suivie d'injection de teinture d'iode. La guérison s'est maintenue pendant 6 mois environ, puis le liquide s'est reproduit lentement.

La tumeur était indolente, fluctuante, nettement transparente. Je me décidai à faire la cure radicale de l'hydrocèle.

J'opérai le malade, et, en incisant la vaginale, je m'aperçus qu'elle ne contenait pas de liquide, mais renfermait deux masses bien distinctes, le testicule d'une part et d'autre part un kyste du volume du poing. Ce kyste adhérait intimement à la vaginale qu'il avait refoulée et distendue. Je pus cependant arriver à disséquer le kyste dans toute son étendue et je reconnus qu'il s'implantait par un pédicule court et mince au niveau de la tête de l'épididyme. Je liai le pédicule et enlevai le kyste.

Le malade a parfaitement guéri.

Je recherchai avec soin quelle pouvait être l'origine

de ce kyste; je reconnus l'existence de l'hydatide pédiculée de Morgagni, mais je ne pus trouver l'hydatide sessile. Le kyste était implanté exactement au niveau du point où l'on rencontre d'habitude l'hydatide sessile, dans l'angle formé par la tête de l'épididyme et l'extrémité supérieure du testicule. Le kyste, vraisemblablement, s'est développé aux dépens de l'hydatide sessile. Un certain nombre de faits plaident en faveur de cette manière de voir : l'apparence piriforme et nettement pédiculée du kyste, l'absence de toute connexion avec le testicule ou l'épididyme, enfin la nature du contenu, composé d'un liquide clair et citrin, ne renfermant aucun élément figuré, pas de spermatozoïdes en particulier.

Cliniquement, il était impossible de différencier ce kyste d'avec une hydrocèle.

BIBLIOGRAPHIE

Liston. — Med. chir. trans., mai 1843, t. VIII, p. 216.

Lloyd. — Med. chir. trans., juin 1847, t. VIII, p. 368.

Gosselin. — Arch. gén. de méd., 1848, t. XVI, p. 24.

Marcé. — Des kystes spermat. ou hydrocèles enkystées spermatiques (Thèse de Paris, 1856).

Curling. — Maladies des testicules, traduction et annotation de Gosselin, 1857.

Giraldès. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1858.

Verneuil. — Bulletin de la Société de chirurgie, t. IV, p. 58.

Dolbeau. — Gazette hebdomadaire, 1862.

Steudener. — Arch. für klin. Chir., Berlin, 1869, t. X, p. 362.

Rosenbach. — Arch. für klin. Chir., Berlin, 1871, t. XIII, p. 220.

Both. — Virchow's Arch., Berlin, 1876, t. XLVIII, p. 101.

Villegente. — Thèse de Paris, 1874.

Monod et Artaud. — Pathogénie et struct., des petits kystes de l'épididyme (Archives de physiologie, 17e année, n° 3, 1er avril 1885).

Hochenegg. — Ueber Cysten am Hodden (Wien. med. Jahrb., Vienne, 1885, p. 149).

Reclus (Paul). — Art. Kyste de l'épididyme du Dict. encycl. des sc. méd., 1887, 1re série, t. XXXV, p. 91.

Poirier. — Pathogénie des kystes de l'épididyme (Rev. de chirur., nov. 1890).

Vautrin. — Thèse de Barbot (Nancy 1887) (Revue médicale de l'Est, 1er février 1889).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1900, t. II, p. 756.

Bulletin et Mémoires de la Société chirurgicale de Paris, 1903, t. XXIX, p. 930.

Bulletin médical de l'Algérie, 1904, t. XV, p. 548.

Gazette des maladies infantiles, Paris, 1904, t. VI, p. 1 à 3.

Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1906, t. LXXXI, p. 217.

Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1907, t. LXXXII, p. 454.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, Paris, 1907, p. 1698.

Echo médical du Nord, 1910, t. XIV, p. 153.

Montpellier médical, 1911, n° 35, p. 209.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 mars 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 mars 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE